

介護老人福祉施設サービス重要事項説明書

〈 平成 年 月 日 現在 〉

1.利用者（被保険者）

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
要介護認定有効期間	平成 年 月 日から
認定審査会意見	

2.事業者

事業所の名称	社会福祉法人 誠光会
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番1号
代表者氏名	長谷川 稔
電話番号	093-663-2030
FAX番号	093-663-2032

3.利用施設

事業所の名称	特別養護老人ホーム 長光園
所在地	福岡県直方市大字頓野 259-53
管理者氏名	井手上 稔弘
電話番号	0949-26-3625
FAX番号	0949-26-3626

4.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

身体的または、精神的に障害があるために日常生活の大半において、介護が必要な高齢者の方を家族に代わって介護させていただきます。

(2) 運営方針

1. 入所者へのサービス向上
2. 職員の資質の向上
3. 地域福祉の増進

(3) サービスの特徴

利用者の有する能力、おかれている環境等の評価に基づき、自立した日常生活が送れるサービスを提供します。

5.ご利用施設で実施する事業

事業の種類		県知事の事業指定		定員	備考
		指定年月日	指定番号		
施設	特別養護老人ホーム	平成24年12月4日	福岡県4071701132号	80人	施設設置認可日 H18年12月4日
居宅	一般型通所介護	平成24年12月4日	福岡県4071701116号	35人	
	短期入所生活介護	平成24年12月4日	福岡県4071701124号	4人	
居宅介護支援事業		平成24年12月4日	福岡県4071701090号		

6. 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷 地		901.32 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 陸屋根・亜鉛メッキ鋼板葺地下1階付2階建
	延べ床面積	2,267.87 m ² (特養)、415.28 m ² (デイ)、105.55 m ² (支援)
	利用定員	84人 (うち、短期入所4人)

(1) 居室

居室の種類	室数	面積
2人部屋	1室	18.0 m ²
4人部屋	18室	33.0 m ² / 室
6人部屋	1室	49.0 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数等	設備の種類	室数等
食 堂	1室	静養室	1室
機能訓練室	1室	医務室	1室
浴 室	一般浴槽、座位浴槽	介護職員室	4室
特 浴	臥位特殊浴槽	大ホール	1室
介護材料室	2室	霊安室	1室
娯楽室	1箇所	洗濯室	1室
厨房	1室	コーヒーコーナー	1室

7. 職員の勤務構成

職 種	員 数	業 務 内 容
施 設 長	1人	施設運営管理全般
生活相談員	1人以上	入所窓口・各相談受付
介 護 職 員	24人以上	介護業務全般
看 護 職 員	3人以上	健康、衛生管理
機能訓練指導員	1人以上	機能回復訓練
介護支援専門員	1人以上	ケアプランの作成
医 師	1人 (非常勤)	回診での早期発見
栄養士	1人以上	栄養管理・調理責任者
宿直員	1人以上	夜間の警備

8. 職員の勤務体制

職種	勤 務 体 制
施設長	正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
生活相談員	正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
介護職員	早出 (7:15~16:15)、中出 (8:30~17:30) 遅出 (10:00~19:00)、夜勤 (17:00~10:00)

看護職員	早出（7：15～16：15）、中出（8：30～17：30） 遅出（9：30～18：30） 夜間帯については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護支援専門員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
医師	水曜日 13：00～15：00 土曜日 14：00～17：00
栄養士	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
宿直員	17:25～8:35

9.施設サービスの概要

（1）法定給付サービス

概 要	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
排 泄	入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	年間を通じて週2回以上の入浴または、清拭を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容・口腔保清が行われるよう援助をします。リネン交換は、週1回実施します。
機能訓練	機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器・ヘルストロン・マイクロ波・平行棒・滑車
健康管理	嘱託医師により、週2回診察日を設けて健康管理に努めます。 服薬の管理は看護職員が責任を持って実施します。 また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 当施設の嘱託医 診療所：永松医院（直方市頓野十堂 1532 番地の1） 医師名：永松悠二 診療科：内科・胃腸科 診察日：毎週 水曜 13:00～15:00・土曜 14:00～17:00
相談及び援助	当施設は、入所及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行う様に努めます。 利用者の施設介護サービスが作成される間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるよう適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活の便宜	当施設では、必要な教養娯楽設備を整える共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜、レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽設備 クラブ活動（書道、製作、美容、園芸）、喫茶コーナー、カラオケプロジェクター 主なレクリエーション行事 夏祭り、運動会、敬老会、誕生会、クリスマス会、忘年会 買物、バスハイク、折り紙教室、お花見、レストラン他

(2) その他

サービス提供記録の保管	介護報酬請求に関連する記録は、サービスの提供に対する保険給付の支払の日から 5 年間保管とし、その他の記録に関しては、その完結の日から 2 年間保管。
サービス提供記録の閲覧	土、日曜日・祝日を除く毎日午前 9 時～午後 5 時

10.施設サービス計画について

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。施設サービス計画は長くとも 6 ヶ月毎、また必要なサービスの変更に応じて、適宜見直します。

11. 利用者負担金

介護保険制度では要介護認定による要介護度及び利用者負担の割合により異なります。

(a)施設サービス費（1日あたりの自己負担額）

介護度（多床室）	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用料(10割)	5,570円	6,250円	6,950円	7,630円	8,290円
利用者負担金(例:1割)	557円	625円	695円	763円	829円

(注意) 介護給付算定に係る体制等に関する届け出に基づき、認定するものとします。要介護度 1 及び 2 の場合、各地方自治体に認められた場合に限り入所可能です。

(b)介護保険の加算料金

介護保険加算	内容	加算単位数
		例：1割
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	常勤職員が 75%以上配置	6 円/日
看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護師を 1 名以上配置している	4 円/日
看護体制加算（Ⅱ）	配置基準の看護職員の数に常勤換算方法で 1 を加えた数以上を配置している。	8 円/日
夜勤職員配置加算（Ⅲ）	17 時～9 時までの間最低基準を 1 以上上回っている。尚且つ、夜勤時間帯を通して喀痰吸引等の実施が出来る職員を配置している。	16 円/日
外泊時加算	入院及び外泊の場合 6 日を限度として加算 (ただし、入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。)	246 円/日
初期加算	入所後 30 日に限り加算	30 円/日
個別機能訓練加算	機能訓練指導員による計画的な個別機能訓練を行った場合	12 円/日
栄養マネジメント加算	利用者の栄養状態を評価し、状態に応じた栄養マネジメントを行った場合 (栄養ケア計画作成し、説明、同意を得た後に算定します)	14 円/日
療養食加算	医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合	6 円/回
認知症専門ケア加算	日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする利用者チームとして専門的な認知症ケアを実施した場合	3 円/日
排せつ支援加算	排泄障害等のため、排泄に介護を要する利用者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合	100 円/月
褥瘡マネジメント加算	褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合	10 円/月
口腔衛生管理体制加算	口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上行っている場合。	30 円/月

口腔衛生管理加算	口腔衛生管理体制加算を算定しており、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月2回以上行った場合。	90 円/月
経口移行加算	経管により食事を摂取する利用者が、経口摂取をすすめるために、医師の指示に基づく栄養管理を行った場合	28 円/日
経口維持加算 (I)	著しい摂食機能障害が認められる利用者に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合	400 円/月
経口維持加算 (II)	経口維持加算(I)において行う食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持(I)に加えて算定	100 円/月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められた利用者について、緊急に介護福祉施設サービスを行った場合。 入所日から起算して7日を算定の限度とすること。	200 円/日
看取り介護加算 (I)	看取り介護に関する計画のもと看取り介護が行われ、当該施設又は利用者の居室にて死亡した場合 (死亡日以前4日以下30日以下)	144 円/日
	” (死亡日の前日及び前々日)	680 円/日
	” (死亡日)	1,280 円/日
在宅復帰支援機能加算	利用者の退所後に指定居宅介護支援事業者に必要な情報の提供、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合	10 円/日
退所前後訪問相談援助加算 (I)	入所期間が1ヶ月を超える利用者の退所に先立って介護支援専門員等が居室を訪問し、利用者及び家族に対して退所後のサービスについて相談援助を行った場合 (入所中1回)	460 円/回
退所前後訪問相談援助加算 (II)	入所者の退所後、30日以内に利用者の居室を訪問し、利用者及び家族に相談援助を行った場合 (退所後1回)	460 円/回
退所時相談援助加算	退所時に利用者や家族等に相談援助を行い、かつ居宅サービスに必要な情報提供を行った場合 (1回のみ)	400 円/回
退所前連携加算	退所に先立って指定居宅介護支援事業所に対して、文書を添えて利用者に関わる居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ指定居宅介護支援事業所と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合	500 円/回 (1回のみ)
介護職員処遇改善加算 (I)	(a)施設サービス費と(b)介護保険の加算料金を足した額の1000分の83に相当した額が加算	

*加算の仕組上、施設退所後に費用請求が発生する場合がございます点をご了承下さい。

居住費・食費 (介護保険給付対象外)

居住費・食費は、本人及び配偶者の所得、課税、資産状況に応じて支払額が異なります。利用者が介護保険負担限度額認定を受けているときは、その認定に基づく支払を受けるものとします。食費については、一食毎と介護保険負担限度額とを比較し低額を自己負担額とします。

<居住費の負担金>

段階区分	第4段階 (基本)	第3段階	第2段階	第1段階
多床室 (光熱水費)	840 円	370 円	370 円	0 円

*外出・外泊・入院等で居室を確保しておく場合、7日目からの料金1日あたり840円。

(但し、2段階以上については、1日目から6日目まで段階に応じた金額を徴収)

<食費の負担金>

段階区分	第4段階 (基本)	第3段階	第2段階	第1段階
食費の負担額	1,380 円※	650 円	390 円	300 円

※基準額食費内訳 朝食：380円 昼食：500円 夕食：500円 (計1,380円)

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として利用者負担の割合に応じたサービス費に食費及び居住費を併せた合計額をお支払いいただきます。
- ② 災害等の特別な事情が無く保険料を滞納した場合は、滞納した期間に応じて「給付制限」を受けることとなります。

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	利 用 者 負 担 金
理容・美容	美容院による出張サービスをご利用いただけます。 <金額>カット…1,500 円、パーマ…4,300 円、毛染め…4,300 円
日常生活に要する費用で本人の負担となるもの	要した費用の実費 日常生活の購入代金、個人的な創作費用、クリーニング代（施設以外の依頼の分） インフルエンザ予防接種や写真等

(3) 利用者負担金のお支払い方法

原則として、自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落としします。）をお願いします。

〈その他のお支払い方法〉

事業者は、月の利用負担金の請求書を明確に付して翌月の 20 日までに利用者に請求し、利用者は、請求書到着月の 25 日までに次の方法によりお支払いをお願いします。

- 特別養護老人ホーム長光園の通帳に振込払い（振込手数料は振込者負担）

銀行名：福岡銀行 直方支店 普通 No.1018335

口座名：(トクヘツヨウゴロウジンホームチョウクワン シツョウ イデガミシロ)

特別養護老人ホーム長光園 施設長 井手上稔弘

(4) 領収書の発行

利用者からお支払いを受けたときは領収書を発行します。

12. 非常災害時の対策

非常時対応	別途定める「特別養護老人ホーム長光園 消防計画」にのっとり対応			
近隣との協力関係	町内会と近隣防災計画協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム長光園 消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所の方にも参加して実施しています。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッター	2 箇所
	避難用スロープ	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	漏電火災報知器	無
	ガス漏れ報知器	有	非常用電源	有
消防計画等	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
	消防署への提出：年 2 回		防火管理者：井手上稔弘	

13.協力医療機関

名称	社会保険 直方病院
所在地	直方市大字須崎町 1 番 1 号 (Tel0949-22-1215)
名称	医療法人直心会 西田病院
所在地	直方市大字永満寺 1347 番地 (Tel0949-24-5139)
名称	穂波ひまわり 歯科医院
所在地	飯塚市枝国長浦 666-48-1F (Tel0948-26-1240)

14.相談窓口,苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当施設ご利用相談室	苦情担当責任者：井手上 稔弘 窓口担当者：生活相談員 吉田・野上、介護支援専門員 原裕人 ご利用時間：午前 9 時～午後 5 時 ご利用方法：電話 0949 (26) 3625、来 園 苦情箱（施設内 1 階エレベータ前に設置）
苦情処理第三者委員会	草原祐雄氏 Tel0949-26-0318、岩熊邦男氏 Tel0949-24-1145

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

直方市役所 保険課 介護保険サービス係	電話番号：0949 (25) 2390
北九州市八幡西区役所 保健福祉課	電話番号：093 (642) 1441 内線 407
宮若市役所 健康増進課 老人福祉係	電話番号：0949 (32) 0515
福岡県 国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号：092(642)7859 FAX 番号：092(642)7857
福岡県運営適正化委員会(福岡県社協)	所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 4 階（東棟） 電話番号：092(915)3511 FAX 番号：092(915)3512

★成年後見制度・日常生活自立支援においても、次の機関において相談ができます。

障がい者基幹相談支援センター かのん	所在地：直方市津田町 7-20 電話番号：0949 (24) 1551
社団法人 福岡県社会福祉士会「ばあとなあ福岡」	所在地：福岡市博多区博多駅前 3 丁目 9 番 12 号 601 号室 電話番号：092 (483) 2944

15.留意事項

- ・面会時間は、原則 9 時～19 時までとします。また、消灯時間は、21 時です。
- ・喫煙は、施設内の所定の場所に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁煙にご協力頂きます。
- ・外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に連絡をお願いします。
- ・入健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は、可能な限り受診して頂きます。
- ・入所者は、生活環境の保全のため、施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力頂きます。

(禁止行為) 入所者は、施設で次の行為をしてはいけません。

- 一 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- 二 けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
- 三 施設の秩序、風紀を荒し、安全衛生を害すること。
- 四 指定した場合以外で火気を用いること。

五 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

16.事故発生時の対応

万が一施設利用中事故が発生した場合は、速やかに応急処置を行うと共に、ご家族・県市町村に連絡致します。ご家族の指示によってかかりつけ医・協力病院・救急医療センターに相談・受診等の対応を行います。あらかじめ緊急時の連絡先を担当者へお伝え下さい。

17.損害賠償責任保険

保 険 会 社	保 険 内 容
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	賠償責任保険
三井住友海上火災保険	傷 害 保 険

平成 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉所在地 福岡県直方市大字頓野 259-53
社会福祉法人 誠 光 会
事業所名 特別養護老人ホーム 長 光 園
代表者名 施設長 印
(指定番号4071701132号)

〈説明者〉所属 特別養護老人ホーム 長 光 園
氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスについて重要な説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

〈利用者〉 所在地 _____
氏名 _____ 印

〈ご家族〉 所在地 _____
氏名 _____ 印

続柄 (利用者との関係) _____